

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 122

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OSTÉOPÉRIOSTITE ALBUMINEUSE



THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Juillet 1923

PAR

Miloutine MITITCH

Né à NICH (Serbie), le 4 mars 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, professeur...	<i>Président.</i>
		PICQUÉ, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		ROCHER, agrégé	
		PAPIN, agrégé.....	



BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 122

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OSTÉOPÉRIOSTITE ALBUMINEUSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Juillet 1923



PAR

Miloutine MITITCH

Né à NICH (Serbie), le 4 mars 1897.

Examineurs de la Thèse

MM. PRINCETEAU, professeur...	<i>Président.</i>
PICQUÉ, professeur.....	<i>Juges.</i>
ROCHER, agrégé	
PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	ARNOZAN	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Médecine légale et déontologie.....	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquées.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	N. N.	Médecine générale.....	CREYX.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).	id.....	MICHELEAU.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS (chargé).	Chirurgie générale.....	ROCHER.
id.....	N.	id.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Pharmacie.....	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	RANGIER.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pathologie interne.....	CREYX.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Pathologie externe.....	PAPIN.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce premier travail en témoignage
bien faible de ma profonde gratitude et de
ma reconnaissance éternelle.

A LA MÉMOIRE DE MES CHÈRES SŒURS
NATALIE ET MARITZA

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MON BON CAMARADE ET AMI

MONSIEUR MIODRAG JIVKOVITCH

Étudiant en médecine.

A TOUS MES PARENTS — A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROCHER

*Chargé du cours complémentaire d'orthopédie,
Chirurgien de l'Hôpital des enfants,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui a bien voulu nous confier le sujet de ce travail et dont, pendant quatre ans, nous avons admiré la savante habileté.

Nous sommes très heureux de pouvoir le remercier de l'amabilité avec laquelle il nous a toujours reçu, et de ses conseils éclairés qui nous ont permis de mener à bonne fin notre travail.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PRINCETEAU

*Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Chirurgien des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Une tradition délicate et qui nous est chère veut qu'au début de nos premiers et timides essais, nous puissions témoigner notre reconnaissance et parler avec bonheur de nos affections. Nous accomplissons cet usage avec une joie intense, car rien ne tient tant au cœur que de pouvoir enfin s'acquitter, même faiblement, envers ceux dont l'affection nous a été très douce et dont l'amabilité et la bonté furent pour nous un soutien moral sérieux.

De nombreuses et bienveillantes sympathies se sont spontanément offertes durant nos années d'études faites loin du sol natal, loin de nos parents, au moment même où se déroulaient de tragiques événements pour notre histoire nationale. Nos parents se trouvent enfin soulagés d'une charge lourde et onéreuse. Toute leur vie ne fut que travail et abnégation. Ce modeste exemple nous a permis de persévérer avec courage dans nos études en médecine, trouvant la force nécessaire pour les mener à bien.

C'est à eux que nous dédions ce premier travail et que vont tout d'abord les marques de notre profonde gratitude et de notre sentiment de reconnaissance éternelle.

Notre départ approche. Nous quitterons bientôt la France qui nous fut si accueillante, si hospitalière, et la belle Faculté de Médecine de Bordeaux; et c'est au moment des adieux que les souvenirs émus viennent en foule à notre esprit, pour nous rendre plus vivaces, à la fois nos amitiés et tout ce qui a retenu notre cœur. Aussi malgré la distance qui nous séparera, nous resterons toujours près, par l'âme et par la pensée.

De notre coin de pays, toujours nos yeux se porteront vers la douce France qui nous a si généreusement ouvert les portes de ses facultés au moment même où, dans l'obligation de quitter notre patrie devant l'ennemi vainqueur, nous partions, sans asile, vers l'inconnu.

La France est notre seconde mère. Nous serons toujours présents à son appel, pour spontanément lui offrir notre bras. Nous nous rappellerons, en effet, que nous avons puisé les éléments de notre savoir médical à la source de la vraie science française, du génie français.

Nous sommes fier de sortir de cette École bordelaise qui a une grande place dans l'art de guérir et dans les hôpitaux de laquelle nous avons l'exemple de nombreux dévouements inlassables qui se manifestent journellement.

Pour tout cet enseignement qui fera le bonheur de notre existence notre reconnaissance émue va vers la France et vers le peuple français.

Maintenant vient le tour des maîtres qui ont inculqué dans notre esprit leur savoir rare et qui nous ont instruit de leur haute expérience, nous faisant aimer le métier de médecin en nous le faisant comprendre, en nous faisant voir tout le sublime qui s'en dégage lorsqu'on le porte jusqu'aux limites extrêmes du dévouement et du sacrifice.

Nous remercions particulièrement M. le professeur Princeteau qui nous a donné un grand amour pour cet art qu'il enseigne avec tant de facilité et de chaleur et qui nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien accepter l'expression de toute notre gratitude et de nos remerciements respectueux.

Que M. le professeur agrégé L. Rocher, qui nous a dirigé dans le choix de cette thèse, veuille bien recevoir l'hommage de notre gratitude toute particulière pour l'affection qu'il nous a toujours témoignée et qui nous fut si nécessaire.

Enfin qu'il nous soit permis de nous acquitter bien modestement envers tous nos maîtres, MM. Pousson, Guyot, Villar, Chavannaz, Duvergey, Carles, Cassaët, Verger, Moussous, etc.,

en les assurant de notre grande admiration et de notre reconnaissance immuable pour leur enseignement dévoué et pour l'accueil particulièrement bienveillant qu'ils nous ont toujours réservé.

Qu'il nous soit permis d'apporter ici un pieux et respectueux hommage à notre regretté maître, M. le professeur Gentes, dont la vie et la mort resteront pour nous un exemple nous montrant jusqu'à quelle limite peuvent aller le dévouement et le sacrifice pour la science.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OSTÉOPÉRIOSTITE ALBUMINEUSE

I

Historique.

L'affection qui va faire le sujet de ce travail fut observée par Ollier, en 1868, et nommée par lui périostite albumineuse.

Décrite pour la première fois, en 1874, par Poncet, de Lyon, elle fut ensuite étudiée par Gosselin sous le nom de l'ostéopériostite albumineuse; par Nicaise, Duplay, Rudinger, qui l'appelèrent successivement l'ostéopériostite séreuse, la périostite externe rhumatismale, le ganglion périostal.

Plus récemment enfin, de nombreux auteurs s'occupèrent de cette question : Berg, Dor, Ferrier, Catuffe.

Poncet, en 1874, publia, sous la direction d'Ollier, la première observation de cette affection. Il la définit ainsi : « La périostite albumineuse est une forme spéciale de périostite caractérisée anatomiquement par accumulation, sous le périoste

et dans les couches périostales, d'un liquide visqueux, filant, albumineux, transparent, analogue à de la synovie. » Et il ajoute à cette définition anatomo-pathologique deux caractères essentiels de l'affection, à savoir : sa localisation la plus fréquente et l'âge auquel elle atteint le malade : « Sous le périoste, dit-il, en un point quelconque de la diaphyse, il peut se former des collections d'apparence synoviale, mais c'est surtout aux extrémités de la diaphyse qu'on trouve de telles collections et, jusqu'à présent, M. Ollier les a observées à peu près exclusivement chez les enfants ou les jeunes gens, avant la soudure des épiphyses. »

« L'épanchement est primitivement sous-périostique, mais peut perforer le périoste. Certains épanchements albumineux paraissent formés d'emblée à la face externe du périoste, mais la marche de la maladie indique plus tard que le point de départ de l'inflammation a été primitivement au-dessous de lui ».

La périostite albumineuse survient donc pendant la période de croissance et a pour siège le bulbe de l'os, c'est-à-dire la partie du tissu spongieux compris entre l'extrémité du canal médullaire et le cartilage de conjugaison.

De plus, cette affection se localise au niveau du bulbe osseux le plus fertile (extrémité inférieure pour le fémur et extrémité supérieure pour l'humérus).

Cela conduit tout naturellement à la rapprocher de l'ostéomyélite dont elle diffère cependant, comme nous le verrons, par la lenteur de son évolution, son retentissement minimum sur l'état général et l'aspect du liquide que l'on trouve dans les collections.

Ollier et Poncet en firent, en effet, une ostéomyélite atténuée, conclusions basées sur la seule observation clinique. Les découvertes bactériologiques et les recherches modernes de laboratoire devaient leur donner raison.

Dans les années qui suivirent, de nombreuses observations de périostite albumineuse furent publiées, mais les auteurs n'admirèrent pas toutes les idées d'Ollier sur la nature de l'affection, et l'on fit entrer en jeu tour à tour le traumatisme, la tuberculose,

le rhumatisme, comme causes de la maladie. C'est ainsi que pour Duplay la périostite albumineuse était d'origine rhumatismale, et il la nomma la périostite rhumatismale externe. Roser la considéra dans bien des cas comme d'origine rhumatismale.

Pour Riedenger, il ne s'agissait pas d'une inflammation, mais d'une exsudation à travers le périoste, survenant dans des conditions inconnues. L'idée de tuberculose était elle-même rejetée — et l'exsudation était comparable à celle des gaines tendineuses.

Pour Roser et Riedinger, le rôle du traumatisme était prépondérant dans certains cas (collection développée au niveau d'ancien foyer de fracture).

Nicaise, Lannelongue, Heidereich invoquaient tantôt le traumatisme, tantôt la tuberculose.

Vollert voyait simplement les transformations en pus clair et visqueux de vieilles collections purulentes d'origine indéterminée.

Mais un peu plus tard, le laboratoire apporta une contribution décisive à l'étude de la maladie, en permettant d'en étudier le germe. On fit desensemencements du liquide qui furent positifs dans un certain nombre de cas, et on put reconnaître que le germe en cause était le staphylocoque.

L'expérimentation vint confirmer ces résultats, si bien qu'un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels Roser, Schlange, Poncet, Lannelongue, Le Dentu, Dzierzanski, Berg, Carré, Dor, firent de notre affection une ostéomyélite atténuée.

A l'appui de cette idée, nous apportons 3 observations dues à la bienveillance de M. le professeur agrégé Rocher, qui nous inspira ce travail. Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici notre profonde gratitude pour les conseils dont il a bien voulu nous entourer et pour l'enseignement que nous avons reçu de lui durant les années de nos études médicales à la Faculté de Bordeaux.

II

Étiologie. — Pathogénie.

Les causes prédisposantes sont nombreuses :

En premier lieu, *l'âge*.

Sur 10 observations que nous citons, 5 fois il s'agit de sujets ayant entre 10 et 20 ans, 1 fois au-dessous de 10 ans, 2 fois entre 20 et 30 ans, 2 fois au-dessus de 30 ans.

Donc la période de 10 à 20 ans fournit la moitié des cas d'ostéopériostite albumineuse.

Bourlot, dans sa thèse de Paris de 1902, a trouvé sur 42 cas d'ostéopériostite albumineuse, 24 cas survenant entre 10 et 20 ans. La proportion est donc là de 60 p. 100 environ.

Comparons ces résultats à ceux de la statistique de Haaga portant sur 411 cas d'ostéomyélite aiguë. Il a trouvé qu'il s'agit :

108 fois de malades entre 0 et 10 ans ;

246 fois de malades entre 10 et 20 ans ;

38 fois de malades entre 20 et 30 ans ;

19 fois de malades au-dessus de 30 ans.

La période de 10 à 20 ans fournit donc 62 p. 100 des cas dans l'ostéopériostite albumineuse comme dans l'ostéomyélite aiguë.

Voilà un premier parallèle établi entre les deux affections. Le bulbe de l'os, au moment de la croissance, est le siège d'une congestion intense et l'infection s'y localise de préférence.

Il est à remarquer, en outre, que 5 p. 100 seulement des sujets atteints d'ostéomyélite aiguë ont plus de 30 ans, tandis que

la périostite albumineuse fournit une plus grande proportion, 18 p. 100 ; cette dernière semble donc moins rare chez l'adulte que ne l'est l'ostéomyélite aiguë.

Parmi les autres causes prédisposantes, nous avons ensuite le *traumatisme*.

Son rôle est certain dans quelques cas : celui de l'observation IX de notre thèse, empruntée à Nicaise, où l'on vit survenir les lésions au niveau du tiers inférieur du tibia à la suite d'un coup reçu à ce niveau.

Les observations I et III des malades du service de M. le professeur agrégé Rocher sont, à ce sujet, très concluantes.

Roser et Riedinger avaient déjà signalé quelques faits de périostite albumineuse survenue au niveau d'anciens foyers de fracture.

L'exposition prolongée au froid humide peut être, dans certains cas, l'occasion du début des accidents. Il en est ainsi dans notre observation II où le membre inférieur devient douloureux le lendemain d'un bain de pieds prolongé sur le bord d'une rivière.

D'autres fois, c'est le *surmenage* qui paraît être à l'origine. Le cas de notre observation III est assez typique où l'on voit évoluer l'affection chez un soldat, à la suite de marches forcées.

D'autres fois, ce sont des exercices sportifs pratiqués avec violence ou exagération qui peuvent entrer en cause.

Le mauvais état général antérieur peut agir à son tour en préparant le terrain à l'infection.

On note aussi parfois dans les antécédents personnels du malade une ostéomyélite soit aiguë, soit chronique d'emblée, tel le cas de notre malade n° 2 qui avait présenté, quelques années auparavant, au même membre inférieur, une ostéomyélite chronique du tibia restée fistulisée plusieurs mois.

Il va sans dire que ces différentes causes prédisposantes se trouvent parfois combinées chez le malade.

Enfin, bien des fois, c'est spontanément qu'apparaît la maladie sans qu'aucune cause extérieure puisse être incriminée. Cela ne doit pas nous étonner, la périostite albumineuse, l'infection

atténuée se localise sur le bulbe osseux en période de croissance, spontanément, comme le ferait une ostéomyélite aiguë.

En plus des causes favorisantes que nous venons de voir existe une cause déterminante : le germe de l'infection que nous allons étudier maintenant.

III

Bactériologie.

La phase vraiment intéressante de l'histoire des ostéopériostites albumineuses ne commence réellement qu'au jour où la bactériologie permit d'en faire une étude plus fouillée.

Schlangue, en 1887, publia le premier examen positif. Il s'agissait d'une fillette de 10 ans, atteinte de périostite albumineuse de l'extrémité inférieure du fémur. Les cultures donnèrent du staphylocoque doré.

La statistique suivante, empruntée à Bourlot, indique les cas, publiés par plusieurs auteurs, où un germe a pu être décelé. Ce germe a toujours été le staphylocoque.

Schlangue : 1 cas, staphylocoque doré ;

Jaksh : 1 cas, staphylocoque doré ;

Leghien : 2 cas, staphylocoque doré ;

Ollier et Dor : 1 cas, staphylocoque blanc ;

Carré (1893) : 3 cas, 2 cas staphylocoque doré et 1 cas staphylocoque doré et blanc mélangés ;

Scholz : 1 cas, staphylocoque doré ;

Poncet-Dor : 1 cas, staphylocoque sans désignation.

Enfin, l'examen bactériologique du liquide albumineux prélevé avec une asepsie vigoureuse chez le petit malade de notre observation II a donné les résultats suivants :

a) L'examen direct du frottis : polynucléés neutrophiles très altérés, macrophages bourrés de graisse et d'inclusions leucocytiques, pas de microbes ;

b) Ensemencement (sur bouillon peptoné et sur gélose). Il

pousse d'abord une culture pauvre de staphylocoque blanc à l'état pur, puis du *staphylocoque doré* dans les jours qui suivent.

Certains examens très minutieux restent négatifs, mais nous savons que le pus peut, à la longue, devenir stérile, et à plus forte raison il peut en être de même pour les épanchements albumineux puisqu'ils sont dus à une infection atténuée.

L'expérimentation vient, dans certains cas, fournir des conclusions très intéressantes. L'affection a été reproduite expérimentalement par plusieurs auteurs.

M. Dor cultive le liquide albumineux. Les germes cultivés furent étiquetés staphylocoques. Inoculés à des lapins, ils déterminèrent au niveau de la cuisse une tuméfaction due à la production d'un abcès séro-albumineux.

Dans une deuxième expérience, les cultures donnèrent du staphylocoque et un coccus très voisin, un peu allongé, qui reçut le nom de bacillus céréus citreus. Les animaux inoculés succombèrent cette fois assez rapidement, dans un état cachectique. A l'autopsie, on constate chez l'un d'eux, à la partie externe de la cuisse, une tuméfaction due à la production d'un liquide clair et filant. Les autres lapins présentèrent des lésions d'ostéite infectieuse non suppurée avec incurvation des diaphyses comme dans le rachitisme.

Vincent, d'Alger, reproduit chez un animal une lésion intéressant spécialement le périoste, et dans la première phase des accidents inflammatoires, il nota l'existence d'un épanchement léger, séreux et albumineux.

La périostite albumineuse reconnaît donc le même germe que l'ostéomyélite : le staphylocoque. Il est très atténué dans sa virulence, et parfois même indécélable dans la moitié des cas environ.

IV

Anatomie pathologique.

Nous étudierons successivement : le siège, les lésions, le liquide.

1^o *Le siège.* — Sur les 10 observations que nous avons recueillies, le tibia est en cause 3 fois et le fémur 6 fois.

Sur 41 cas rassemblés par Bourlot, le fémur est 24 fois, le tibia 10 fois en cause.

Nous pouvons comparer ces résultats à une statistique de Haaga relative à l'ostéomyélite aiguë, portant sur 470 cas :

Fémur, 181 fois ;

Tibia, 181 fois.

Au total donc, le fémur et le tibia fournissent à eux deux plus des trois quarts des cas.

Puis vient la localisation à l'humérus, puis, en dernier lieu, le cubitus, l'os coxal, le sternum.

Bien plus intéressant encore est l'examen de la localisation par rapport aux divers segments de l'os.

Sur nos 6 cas atteignant le fémur, tous siégeaient à l'extrémité inférieure (Obs. I, III, IV, V, VI, VIII).

Pour le tibia, 3 fois sur 3 à l'extrémité supérieure (Obs. VII, IX, XI).

Notre observation II relate 1 cas localisé à l'os coxal.

Bourlot, sur 37 cas, arrive sensiblement aux mêmes conclusions.

Humérus, 3 cas :

2 cas, extrémité supérieure ;

1 cas, extrémité inférieure.

Fémur, 24 cas :

5 cas, extrémité supérieure ;

2 cas, corps de l'os ;

17 cas, extrémité inférieure.

Tibia, 10 cas :

2 cas, extrémité supérieure ;

8 cas, extrémité inférieure.

Les proportions trouvées pour le tibia sont paradoxales dans les deux statistiques, le cartilage fertile étant supérieur.

En somme, comme dans l'ostéomyélite, le fémur et l'humérus sont atteints au niveau de leur cartilage le plus fertile. Quant au tibia, il y a à peu près égalité de fréquence entre les lésions intéressant l'extrémité supérieure et celles intéressant l'extrémité inférieure.

2° *Les lésions.* — Elles peuvent revêtir un aspect très varié.

La poche contenant le liquide albumineux est, dans certains cas, située entre le périoste et les parties molles. Le périoste est alors plus ou moins épaissi, mais il arrive qu'il conserve son aspect normal. L'os n'est pas intéressé le plus souvent (périostite externe).

La collection peut être à la fois sus et sous-périostiques (en bissac).

Enfin, elle peut être sous-périostique et, dans ce cas, les lésions osseuses présentent des degrés variables pouvant aller jusqu'à la nécrose, mais c'est là un fait rare (périostite interne).

La surface intérieure est molle, douce au toucher, tapissée par des formations fongueuses, myxomatoïdes auxquelles doit revenir pathogéniquement la sécrétion du liquide albumineux de la collection.

L'os, s'il n'est plus recouvert de son périoste, apparaît très vascularisé ou même, quelquefois, rugueux, hyperostosé.

Cette poche fongueuse peut envoyer des prolongements entre les faisceaux musculaires dans le tissu conjonctif et venir pointer à la peau assez loin du lieu où elle a pris naissance.

Elle est entourée d'une coque fibreuse plus ou moins épaisse, tel le cas de notre observation I. On peut, au cours de l'inter-

vention, pratiquer l'extirpation totale des lésions, ce qui permet, après capitonnage de la large brèche musculaire, par des points au catgut, de suturer et d'obtenir une réunion par première intention.

3° *L'exsudat*. — Il est transparent ou légèrement trouble, ambré, filant, de consistance visqueuse, collant aux doigts, contenant parfois des gouttelettes huileuses qui proviennent de la moelle osseuse. Il contient des leucocytes plus ou moins altérés, des macrophages, des globules rouges.

Mais, à vrai dire, on peut trouver tous les aspects intermédiaires entre cet état et le pus franc de l'ostéomyélite chronique.

Hugounenq (*Académie des sciences*, 15 janvier 1904, t. CXXXVIII, p. 1064) a analysé deux fois ce liquide transparent, jaunâtre, très nettement alcalin, de densité généralement comprise entre 1020 et 1035. Il se prend en masse, un peu au-dessous de 80 degrés, ce qui est dû à la présence d'albuminoïdes en assez grande quantité (6,4 p. 100). Abandonné à l'air libre, il ne se putréfie pas.

L'analyse immédiate démontre la présence de deux matières protéiques : une nucléalbumine se dédoublant par la pepsine, et de la sérine.

Un peu d'urée (0,02 p. 100), quatre à cinq fois plus d'acide succinique s'y trouvent encore. Il n'y a ni leucine, ni tyrosine, ni acide urique, ni peptone.

La graisse n'y est représentée que dans quelques cas. L'incinération du résidu fixe a donné des cendres où domine le chlorure de sodium, et aussi, mais en quantité faible, de la chaux, de la potasse, du carbonate de potasse, du carbonate de soude, de l'acide sulfurique et très peu d'acide phosphorique. Cette faible quantité de phosphate de chaux démontrerait que l'os ne prend aucune part dans sa formation.

Le liquide de ces périostites offre tous les caractères de celui des hydarthroses, à tel point qu'il est presque impossible de les distinguer.

On peut se demander si cet aspect est le fait de la transformation d'un épanchement purulent ou s'il existait d'emblée.

Nous répondrons dès maintenant, que dans la grande majorité des cas, ce liquide est un exsudat inflammatoire et est albumineux dès le début.

Car nous savons que, d'une façon générale, un épanchement purulent, quel que soit le germe en cause, peut à la longue subir la transformation séro-albumineuse. Ceci se passe, en particulier, pour certains épanchements de nature tuberculeuse. C'est ce qui a fait dire à certains auteurs que la périostite albumineuse pouvait être d'origine tuberculeuse ; mais il n'en est rien, il s'agissait dans ces cas d'abcès séreux, vieux abcès tuberculeux transformés, qui n'avaient rien à voir avec l'affection qui nous occupe.

Quant à la quantité du liquide, elle est variable, mais on a affaire le plus souvent à de volumineuses collections pouvant atteindre jusqu'à 400, 500 cc.

V

Symptomatologie.

Elle fut étudiée par de nombreux auteurs : Ollier, Poncet, Takovorian, Terrier, Albert, Gazin, Nicaise, Catuffe.

La maladie peut présenter des aspects variés. Elle prend naissance dans certaines conditions, dont nous avons déjà parlé au chapitre de l'étiologie.

Dans plusieurs observations, et notamment dans l'observation II de M. le professeur agrégé Rocher, le malade a présenté autrefois une localisation ostéomyélitique, et la maladie nouvelle apparaît comme la continuation de l'ancienne.

L'affection va siéger, comme nous l'avons déjà vu, avec une fréquence décroissante, sur le fémur, le tibia, l'humérus. Nous avons vu une observation (Obs. II) où l'os coxal est en cause au niveau de son massif tubérositaire.

Souvent le sujet a reçu un coup ou a fait une chute, ou alors c'est spontanément qu'apparaissent les accidents.

Le mode de début est variable. Il peut se faire des phénomènes généraux avec fièvre, frissons, anorexie, insomnie, agitation affectant une allure plus ou moins grave, qui cèdent au bout de quelques jours et alors apparaissent la douleur et la tuméfaction permettant le diagnostic.

D'autres fois, l'affection débute par des phénomènes douloureux plus ou moins aigus au niveau de la région juxta-épiphysaire.

Où alors ce sont des douleurs sourdes qui, en raison de leur peu d'intensité, n'inquiètent pas le malade, et c'est seulement

au moment où se montrera la tuméfaction que son attention sera attirée vers sa lésion.

La tuméfaction peut apparaître dès le début, en même temps que la douleur, ou plusieurs semaines après, alors que les phénomènes fonctionnels et généraux ont presque complètement cédé, et elle marque le commencement de la période d'état.

A la période d'état, en effet, le gonflement augmente rapidement et la fluctuation devient évidente. La réaction inflammatoire est, en général, faible; cependant, dans quelques cas, elle peut simuler un véritable phlegmon. Mais ce processus aigu est exceptionnel.

Les phénomènes généraux ont souvent complètement disparu, ce qui différencie cette affection de l'ostéomyélite et, localement, on constate une énorme collection au niveau d'une métaphyse. Il existe de la douleur, spontanément, à la pression et à l'occasion des mouvements qui, dans bien des cas, sont limités. Cette collection est profonde, on la sent collée à l'os. En général, la peau, à son niveau, est libre. Parfois elle présente une couleur normale avec de la circulation collatérale si la collection est volumineuse; ou bien elle est rouge, chaude, comme dans le cas de notre observation II, où la collection siège au niveau de la fesse. La peau était très épaisse, et même l'aspect de tout le membre inférieur était modifié, il était éléphantiasique, et cet épaissement portait aussi bien sur les téguments superficiels que sur les parties molles sous-jacentes.

Les limites de la poche peuvent être, en général, aisément circonscrites.

La palpation de l'os nous indique une douleur siégeant au niveau du cartilage de conjugaison et exagérée par la pression. Elle peut révéler également un certain épaissement, en fuseau, s'il s'agit d'un os long, ou, dans le cas d'un os plat (os coxal), un véritable bourrelet d'hyperostose enserrant la collection à sa base à la façon d'un anneau.

VI

Évolution. — Complications.

L'ostéopériostite albumineuse se caractérise par sa longue évolution et son pronostic relativement bénin.

Livrée à elle-même, la collection n'a, en général, pas tendance à la résorption spontanée.

Elle peut rester stationnaire et silencieuse pendant longtemps.

Elle peut même envahir la peau et aboutir à la fistulisation.

Mais la vaccinothérapie et la thérapeutique chirurgicale combinées abrègent singulièrement sa durée. Nous verrons au chapitre du traitement quels bons résultats on peut en obtenir.

Certaines complications peuvent survenir au cours de l'ostéopériostite albumineuse :

Ce sera d'abord :

La *suppuration* : Le cas est rare, mais il a été observé, soit spontanément, soit à la suite de ponctions mal faites avec une asepsie insuffisante. Il y a alors apparition de phénomènes généraux qui peuvent présenter tous les degrés de gravité ; exagération des signes fonctionnels. Localement, on trouve les signes classiques de l'inflammation.

Le liquide se modifie, perd sa viscosité, devient louche. Le nombre des globules blancs augmente.

Bref, on doit alors traiter l'affection comme un phlegmon, c'est-à-dire ouvrir le plus tôt possible et drainer.

Parmi les autres complications, il convient de citer les *troubles de croissance* au niveau du membre malade.

Le plus souvent, il s'agit d'atrophie, lorsque le cartilage de conjugaison est diminué dans son pouvoir ostéogénétique.

Mais nous avons observé 1 beau cas d'allongement du membre inférieur dans le service de M. le professeur agrégé Rocher. Le membre était allongé de 3 centimètres répartis également au niveau de deux segments : cuisse et jambe. Cet allongement était dû à l'irritation des cartilages conjugaux par le processus inflammatoire atténué.

Le pronostic est, en général, bénin. La suppuration d'ailleurs est extrêmement rare si l'affection est traitée localement avec les précautions aseptiques suffisantes.

Elle n'entraîne jamais un état général très grave, comme il arrive dans l'ostéomyélite et les signes généraux sont de courte durée.

La guérison s'obtient au bout d'un temps variable. Cela dépend du siège de la collection, de son volume, de l'état général du sujet, des lésions (lésions osseuses ou non, séquestres parfois) et enfin de la thérapeutique employée.

C'est ainsi que la guérison peut s'obtenir au bout d'un à quatre mois grâce au traitement chirurgical combiné à la vaccinothérapie.

Elle peut être alors définitive ou bien il reste parfois une petite fistule qui cédera assez vite aux moyens habituels consistant en topiques, injections prudentes dans le trajet, de liquide modificateur tel que le mélange à parties égales d'huile goménolée et d'éther iodoformé.

VII

Diagnostic.

Le diagnostic positif est basé sur les signes énumérés plus haut : signes de grosse collection à évolution très lente au niveau d'une région juxtaépiphysaire.

La radiographie pourra nous montrer, soit l'absence complète de lésions osseuses, soit une périostose plus ou moins marquée, soit enfin un épaississement de l'os dont le diamètre pourra être doublé, avec ou non modification de la structure du tissu osseux à ce niveau.

Mais c'est la ponction qui vérifiera notre diagnostic le plus souvent hésitant. Elle permettra, en effet, de retirer un liquide présentant un aspect très particulier que nous avons décrit. Le laboratoire précisera ses caractères chimiques, cytologiques et bactériologiques.

Mais il est un certain nombre d'affections avec lesquelles il ne faudra pas confondre l'ostéopériostite albumineuse. Le diagnostic différentiel devra se faire aux différentes périodes de l'évolution.

A la période de début, en raison de la douleur au niveau d'une épiphyse chez un sujet en voie de croissance, on pensera aux autres formes d'ostéomyélite, simples douleurs de croissance, mais celles-ci céderont vite au repos et ne s'accompagneront pas de tuméfactions. S'il y a des phénomènes généraux, on pourra songer à l'ostéomyélite aiguë, mais dans l'ostéopériostite albumineuse les signes fonctionnels et généraux seront toujours plus atténués que dans l'ostéomyélite.

En présence de douleurs persistantes avec exacerbation nocturne, on pourra penser à la syphilis que l'on éliminera par l'examen des antécédents et la réaction de Bordet-Wassermann.

En période d'état, gonflement plus ou moins prononcé au niveau d'un membre. Les tumeurs solides, telles que fibromes, myxomes, enchondromes, exostoses, seront vite éliminées.

Notre tuméfaction, fait capital, est fluctuante. Le gros diagnostic à faire est avec la tuberculose. Surtout avant la ponction, la confusion sera très possible avec l'abcès froid. On devra examiner le passé du sujet, ses antécédents héréditaires ou collatéraux, pratiquer soigneusement l'examen de ses différents appareils, et examiner plus particulièrement les régions osseuses, articulaires voisines d'où l'abcès aurait pu migrer.

La radiographie et la ponction trancheront le diagnostic ; il faudra, en outre, pratiquer la cutiréaction et la réaction de Bezredka.

La tuberculose une fois éliminée, il n'est guère d'affections avec lesquelles on puisse confondre l'ostéopériostite albumineuse. Elle fera songer cependant parfois, si la peau est rouge et les phénomènes phlegmasiques accentués, à d'autres formes d'ostéomyélites chroniques d'emblée ou subaiguës, ou à un phlegmon subaigu des parties molles. Seuls, dans ces cas, les caractères du liquide nous permettront de faire le diagnostic. Mais il ne s'agira là que d'un diagnostic de variété consistant à ranger l'affection à sa place dans le cadre des ostéomyélites.

VIII

Traitement.

Le traitement est chirurgical dans tous les cas, mais il est bon de lui combiner la vaccinothérapie.

On fera le traitement vaccinothérapique de préférence avec un autovaccin si l'ensemencement a été positif. Sinon, on injectera du stockvaccin antistaphylococcique.

Dans le cas de notre observation II, où le traitement chirurgical n'était pas accepté par la famille, le malade a été traité par les ponctions suivies d'injections modificatrices, mais c'était là un traitement d'exception.

La technique est la suivante :

On ponctionne la collection, on la vide et l'on injecte 20 à 30 cc. d'eau stérilisée chauffée à 60 degrés ou de sérum physiologique à la même température. On vide en aspirant, on injecte une nouvelle quantité; on répète deux ou trois fois cette manœuvre; on termine en vidant la poche le plus complètement possible et on applique un pansement compressif.

Cette manœuvre est répétée tous les huit jours.

Cette méthode, qui a donné d'excellents résultats entre les mains de M. le professeur agrégé Rocher pour le traitement de volumineux abcès froids, lui a donné dans 1 cas d'ostéopériostite albumineuse de la fesse toute satisfaction (combinée à la vaccinothérapie).

Le traitement chirurgical est le suivant :

Incision de la collection. Plusieurs conduites à tenir : ou bien on peut traiter l'affection comme une ostéomyélite ordinaire

après trépanation de l'os si l'on a des doutes sur son état ; ou alors, si l'incision totale des lésions est possible, on la pratique et, après capitonnage de la large brèche qui en résulte, par des points au catgut, on suture avec ou sans drain ; dans plusieurs cas a été obtenue ainsi une réunion par première intention avec guérison définitive.

IX

Observations.

OBSERVATION I

Service de M. le professeur agrégé L. ROCHER.

Ostéopériostite myxo-albumineuse de la cuisse gauche. Excision des lésions. Guérison.

Jean L..., âgé de 13 ans, entré à l'Hôpital des Enfants le 5 septembre 1921.

Histoire de la maladie. — En 1918, après un traumatisme au niveau de la cuisse gauche, l'enfant a présenté, au bout de six semaines, une collection qui s'est fistulisée, et au bout d'un mois la fistule s'est tarie.

En 1920, la fistule s'étant de nouveau ouverte, l'enfant entre à l'hôpital où il reste quatre mois. Le diagnostic porté par M. le professeur Denucé est : ostéite du fémur. De nouveau, en septembre 1921, l'enfant entre à l'hôpital dans le service du professeur Denucé, suppléé par le professeur agrégé Rocher, pour un gonflement marqué de la cuisse gauche.

Examen le 7 septembre 1921.

A l'examen, la cuisse gauche est extrêmement tuméfiée et donne une impression très nette de fluctuation. Les articulations sus et sous-jacentes sont absolument normales et libres; il n'existe pas de raccourcissement ou d'allongement du membre.

Une ponction pratiquée à la face antérieure de la cuisse demeure négative; par la voie postérieure, on retire un liquide séro-purulent

qui présente, au point de vue bactériologique, les caractères suivants : globules de pus en assez bon état de conservation, chargé d'enclaves graisseuses, pas de microbes à l'examen direct, liquide très albumineux à la radiographie, os compact, hyperostose dans sa partie diaphysaire, rien au niveau des épiphyses.

Réaction de Bordet-Wassermann faiblement positive.

Traitement spécifique.

Le 14 septembre 1921, M. le professeur agrégé Rocher fait une intervention.

Rachialocaïne 7 centigrammes.

Longue incision externe.

Au-dessous de la couche musculaire du vaste externe existe une coque fibreuse épaisse de 2 millimètres, doublée d'une couche fongueuse diffluite jaune peau de chamois, piquetée de diffusion hémorragique; on tombe alors sur une masse de type myxomateux avec cavité kystique contenant un liquide très albumineux.

La masse myxomatoïde envoie un prolongement crural, sous le triangle de Scarpa et un autre prolongement vers la ligne âpre du fémur. La masse est collée à l'os hyperostosé, mais il n'y a pas de nécrose, ni de séquestre.

On pratique l'extirpation de la masse myxomatoïde doublée de la coque fibreuse et d'une certaine épaisseur musculaire.

Capitonnage de la vaste surface cruantée musculaire, par des points séparés au catgut.

Suture de la peau après lavage à l'éther. En fin d'opération, ponction du liquide, sang et éther, à cause de la distension.

Pas de drainage.

Quatre jours après l'opération, température, 39 degrés, phénomène d'inflammation, localement suppuration, un drain à chaque extrémité de la plaie.

Le 28, pas de suppuration profonde, mais les points ont ulcéré les téguments.

Pansement à l'oxyde de zinc.

Le malade a quitté l'hôpital le 30 octobre 1921.

OBSERVATION II

Malade du service de M. le professeur agrégé ROCHER.

Ostéomyélite atténuée de l'os iliaque gauche (ostéopériostite albumineuse à staphylocoques blancs et dorés).

Les docteurs Rocher et Dufour présentent, le 28 avril 1923, à la Société anatomo-clinique, un jeune garçon, François P..., âgé de 16 ans, atteint d'ostéomyélite atténuée du tibia gauche et de l'os iliaque gauche. Cette dernière localisation se manifeste sous l'aspect clinique d'une ostéopériostite dite albumineuse.

Il y a quatre ans, au début d'avril 1919, ce garçon, par ailleurs bien portant, sujet cependant à des bronchites fréquentes, a été pris d'une douleur violente dans la fesse gauche, qui l'a immobilisé, sans que cependant il existe de tuméfaction. Il y a peu de fièvre. Le médecin porte le diagnostic de rhumatisme articulaire et traite la lésion par des cataplasmes et du salicylate de soude. Au bout de six semaines, les douleurs diminuent; elles disparaissent au niveau de la fesse; mais au même moment, la partie inférieure de la jambe gauche devient le siège d'un œdème qui remonte peu à peu jusqu'à la racine du membre. Pas de douleur; articulation tibio-tarsienne libre. On applique un appareil plâtré pelvi-pédieux qui est enlevé au bout de deux mois. Quatre mois plus tard, la peau rougit au niveau de la partie inférieure de la jambe, face interne du tibia. Un abcès s'ouvre spontanément et le malade reprend ses occupations sans aucune gêne. La cicatrisation des lésions est spontanée au bout de dix-huit mois, mais le tibia reste volumineux, depuis cette époque, dans sa moitié inférieure.

Actuellement, le tibia augmenté de volume, mais non douloureux, est le siège, comme le démontre la radiographie, d'une hyperostose diffuse, sans aucune lésion de raréfaction, indiquant la présence d'un abcès.

Articulation tibio-tarsienne normale. Le membre inférieur gauche est augmenté de volume, dans toute sa hauteur, comme s'il était

infiltré, tant dans le plan cellulaire sous-cutané que dans les masses musculaires.

Il existe une augmentation de longueur du membre inférieur gauche de 3 centimètres, également répartie pour la cuisse et la jambe (cet hyperaccroissement est le fait des lésions d'ostéomyélite qui ont irrité les cartilages de conjugaison). La fesse gauche, est augmentée de volume dans ses deux tiers internes, ainsi que la moitié gauche de la région sacrée. Quelques varicosités en ce point. La peau est rouge, infiltrée, chaude, au niveau du pôle de la fesse. Il semble qu'il existe en bordure de cette large tuméfaction fluctuante, un léger degré d'hyperostose de l'os iliaque qui encercle la collection à sa base. La radiographie ne démontre aucune lésion appréciable du squelette du bassin. L'articulation sacro-iliaque n'est pas douloureuse, ni directement, ni indirectement, par pression des os iliaques. La ponction de cette poche, pratiquée le 15 avril, permet de recueillir un liquide citrin, trouble, gommeux, à réaction de Rivalta positive. L'examen du liquide pratiqué par le professeur agrégé Dupérié, donne :

1° Frottis polynucléés neutrophiles très altérés, macrophages bourrés de graisse et d'inclusions leucocytiques ; pas de microbes ;

2° Ensemencement sur bouillon peptoné et sur gélose ; il pousse d'abord une culture pauvre de staphylocoque blanc à l'état pur, puis du staphylocoque doré dans les jours qui suivent.

Réaction Bordet-Wassermann : Négative.

Réaction de Bezredka : Négative.

L'examen chimique du liquide a été pratiqué par le professeur Labat :

Résidu fixe à 100 degrés : 69 gr. 15 par litre.

Cendres.....	8 gr. 88 par litre.
Albumine totale (sérine et globuline)...	59 gr. 55 »
Urée.....	0 gr. 22 »
Indosé.....	0 gr. 50 »
	69 gr. 15

Le liquide renferme 6 gr. 20 de chlore exprimé en chlorure de sodium. Ce chlore est naturellement compris dans les cendres ou

matières minérales qui renferment en outre de petites quantités d'acide phosphorique, de chaux, de magnésie, etc.

La famille ne voulant pas accepter le traitement chirurgical, le malade est traité pour le moment par des ponctions et des lavages de la poche à l'eau chaude, 60 degrés, stérilisée, de manière à modifier la paroi de la collection. C'est cette même méthode des injections d'eau chaude à 60 degrés que nous employons-souvent, avec profit, dans les grandes collections tuberculeuses ossifluentes du mal de Pott. Mais nous considérons que c'est là un traitement d'exception, et qu'il serait préférable d'inciser la poche, de pratiquer l'extirpation des lésions et de fermer.

Conjointement nous faisons de l'auto-vaccin d'une façon régulière (cet auto-vaccin est préparé par le professeur agrégé Dupérié).

Le 24 avril 1923, ponction, suivie d'injection d'eau à 60 degrés, puis on injecte 1/2 cc. d'auto-vaccin. Du 26 avril au 5 mai, à jour passé, nous injectons 3/4 de cc. Du 9 mai au 1^{er} juin, on injecte 1 cc. d'auto-vaccin.

A partir du 4 juin, on injecte par le trajet fistuleux 1 cc. d'un mélange à parties égales d'éther iodoformé et d'huile goménolée (deux fois par semaine).

Cette vaste collection doit être en rapport avec des lésions superficielles de l'os iliaque, au niveau du massif des tubérosités postérieures, ce qui explique qu'elles ne sont pas visibles sur les radiographies même très bien faites (D^r Roques).

Examen le 25 juin 1923. L'état du malade est considérablement amélioré. La fesse a repris son volume à peu près normal, l'écoulement séro-purulent est presque complètement tari, pas de contact osseux.

On continue le même traitement.

OBSERVATION III

Service du professeur agrégé ROCHER.

Ostéopériostite alumineuse du fémur. Curettage de la poche fongueuse. Guérison.

Jean Ph., âgé de 7 ans, entre à l'Hôpital des Enfants de Bordeaux le 4 mars 1920, dans le service de M. le professeur agrégé Rocher.

Le 26 février, en rentrant de l'école, l'enfant est bousculé par un camarade plus grand que lui, tombe et se contusionne la cuisse gauche contre une pierre.

Il se relève et continue à marcher encore pendant quatre jours tout en se plaignant de la cuisse gauche. Le 2 mars, il souffre beaucoup, ce qui l'oblige à garder le lit. Le docteur Dessalle constate la fièvre et une légère tuméfaction au niveau de sa cuisse gauche.

La peau est de couleur normale, souple et mobile sur les plans sous-jacents. La palpation est très douloureuse et on découvre un point douloureux au niveau du tiers inférieur et du tiers moyen de la diaphyse du fémur sur le côté externe. Sur le conseil du docteur Dessalle, le malade rentre à l'hôpital le 4 mars 1920.

Examen du malade, le 4 mars 1920. La cuisse gauche présente à l'inspection une légère tuméfaction sur la face externe, à un travers de doigt au-dessus du genou jusqu'au tiers supérieur. La peau est presque de couleur normale, sauf par endroits plus rouge que du côté opposé, pas de plaie, pas d'ecchymose.

La palpation est très douloureuse, arrache des cris à l'enfant; il y a élévation locale de la température. La peau est mobile, lisse et pas adhérente aux plans sous-jacents. On découvre un point excessivement douloureux au niveau du tiers inférieur du fémur sur la face externe. Aucune atrophie des cuisses. L'articulation du genou est parfaitement libre, les mouvements actifs sont très limités, car l'enfant souffre par irradiation, tandis que les mouvements passifs qu'on lui imprime sont possibles, d'extension et de flexion.

L'articulation de la hanche est libre. Les autres appareils sont en bon état, il n'a jamais été malade, sauf coqueluche à 1 an; ses père

et mère sont en bonne santé ainsi que ses deux frères et ses trois sœurs. La question de la syphilis et de la tuberculose est rejetée complètement et M. le professeur agrégé Rocher porte le diagnostic d'ostéopériostite albumineuse.

Le lendemain, le malade est opéré par M. Rocher. Il pratique une longue incision de 12 centimètres sur la face externe de la cuisse gauche à un travers de doigt au-dessus du genou. La poche est ouverte et il s'écoule un liquide jaunâtre, visqueux, albuminoïde, qui confirme le diagnostic de la périostite albumineuse. Curettage de la poche qui entoure la diaphyse fémorale, revêtue de fongosités diffuses sur l'os, d'apparence myxomateuse (l'examen du liquide a été égaré). Pour plus de sûreté, on trépane l'os, mais on ne découvre pas de foyers intra-osseux. On draine et on suture.

Au bout d'une semaine, le drain est enlevé. Le soir de l'opération, le malade a la fièvre, 39 degrés. Les phénomènes fébriles cèdent à la fin de la semaine. Une légère suppuration dure pendant trois mois et le 12 juillet 1920, l'enfant quitte l'hôpital pas complètement guéri. Les soins sont continués dans sa famille où on lui fait des pansements à l'eau oxygénée trois fois par jour.

Nous avons revu le malade le 20 juin 1923. L'enfant est pâle, faible, anémié et de taille au-dessous de la normale. Son état général n'est pas très bon, mange sans appétit et ne grandit pas. La cuisse gauche présente une cicatrice sur la face externe, longue de 12 centimètres, large de 2 centimètres en moyenne. Cette cicatrice est lisse, souple et de couleur de peau normale. On constate une légère adhérence sur les plans sous-jacents qui forme une espèce de gouttière analogue à celle qu'on voit après l'opération de l'ostéomyélite.

A la mensuration, la cuisse gauche, au niveau de son tiers inférieur, présente 29 centimètres de circonférence, tandis que la cuisse droite présente 31 centimètres. Au niveau du tiers supérieur des deux côtés, pas de modification.

Dans l'ensemble, légère atrophie musculaire du côté gauche.

Le membre inférieur gauche ne présente pas de raccourcissement. L'articulation du genou est parfaitement libre, tous les mouvements sont possibles sans aucune douleur; aucune différence avec ceux du côté opposé.

L'articulation de la hanche est saine ; rien à signaler de ce côté.

L'enfant peut faire d'assez longues marches sans se fatiguer.

Depuis sa sortie de l'hôpital, il n'a plus été malade et sa mère nous déclare être satisfaite du beau résultat de guérison obtenu chez son enfant.

OBSERVATION IV

BOURLOT, thèse de Paris, 1903.

Périostite albumineuse du fémur. Incision. Guérison.

Ch..., 28 ans, tapissier.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Le malade a joui d'une excellente santé jusqu'à l'âge de 25 ans. Il n'a jamais eu ni la syphilis, ni la blennorragie. Il n'a jamais rien eu qui puisse faire suspecter la tuberculose.

A l'âge de 25 ans, au cours de manœuvres en Algérie, après une journée de marche, il passa toute une nuit couché sur le côté droit, dans de la paille mouillée. Le matin, il se réveilla avec un gonflement douloureux de l'épaule, du poignet, du coude et du genou droits. Il entra à l'Hôpital d'Oran où il fut traité comme un rhumatisant : salicylate de soude et applications locales de salicylate de méthyle.

La fièvre était alors vive.

Au bout de six semaines, l'épaule, le coude et le poignet droits avaient récupéré leur intégrité fonctionnelle. Mais le genou droit était resté tuméfié et douloureux. La marche était possible, mais pénible.

Le malade quitte alors l'Algérie et rentre à Paris où il est traité par des massages, l'enveloppement ouaté, des frictions.

Deux mois après son retour (plus de trois mois après le début des accidents), toute douleur et tout gonflement avaient disparu.

Le malade reprend alors son travail (février 1900). De temps à autre, il éprouvait cependant de la gêne dans les mouvements du genou droit.

En septembre de la même année, le genou droit, à nouveau, se

tuméfia et devint douloureux. Le malade resta au lit quinze jours, au bout desquels tout gonflement et toute douleur ayant disparu, il put reprendre son travail.

Un an après (septembre 1901), répétition des mêmes accidents et tuméfaction douloureuse du genou droit. Le malade peut reprendre son travail au bout d'une huitaine de jours de repos.

Le 10 octobre 1902, au cours d'une période de vingt-huit jours, après une journée de marche au cours de laquelle il avait été trempé par la pluie, il est pris, la nuit, de vives douleurs du genou qui se tuméfie à nouveau. Il entre à l'hôpital et en sort au bout d'une vingtaine de jours complètement guéri.

Vers le 15 janvier 1903, il est pris, pour la cinquième fois, de douleurs du genou qui durent trois jours. Le quatrième jour, souffrant moins, il fait une promenade à bicyclette et, la nuit suivante, est pris d'un redoublement de douleurs lancinantes très vives qui l'empêchent de dormir. La peau rougit, la région se tuméfie. Les mouvements du genou deviennent difficiles. Le malade entre à l'Hôpital Lariboisière, le 1^{er} février, dans le service de M. le D^r Reynier.

La moitié inférieure de la cuisse droite est tuméfiée. La cuisse, dans son ensemble, est à peu près cylindrique.

Sur la face externe, on remarque une rougeur diffuse, marquée surtout au niveau du condyle externe où un peu au-dessus. A ce niveau, la pression du doigt est très douloureuse. L'empreinte en reste dans le tissu œdématié. La région est le siège d'une fluctuation nette. La collection ne communique pas avec l'articulation. Celle-ci ne renferme pas de liquide. Les mouvements spontanés du membre sont impossibles, les mouvements passifs sont vite limités par la douleur.

Le fémur est augmenté de volume dans ses deux tiers inférieurs. Sa tuméfaction cesse brusquement au tiers supérieur.

La radiographie montre que son diamètre, dans les deux tiers inférieurs, est à peu près doublé. La perméabilité aux rayons X du segment altéré est normale et semblable à celle du tissu osseux ordinaire.

Quelques ganglions un peu augmentés de volume existent dans

le pli de l'aîne. La palpation de la fosse iliaque n'en laisse pas sentir le long des vaisseaux.

La température et le pouls sont normaux, l'état général excellent.

Le diagnostic porté fut d'abord celui de phlegmon. Mais on ne trouvait pas de porte d'entrée à l'infection. De plus, la constatation de l'énorme augmentation de volume du fémur impliquait l'existence d'une lésion ostéopériostique primitive.

Dans les jours qui suivirent, des douleurs continuelles, des battements se firent sentir au niveau de la zone phlegmoneuse.

Le 5 février, la collection est ouverte par une incision verticale faite au niveau de la face externe de la cuisse, à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du condyle externe.

Après incision de l'aponévrose fémorale, on tombe sur une collection de faible volume, contenant une petite quantité de liquide séreux, un peu filant, légèrement teinté en rose, qui lors de l'incision s'échappe brusquement et en totalité. Il est aussitôt remplacé par le sang qui s'écoule de la section de tissu très vasculaire. En raison de ce fait, il fut impossible de recueillir la moindre quantité du liquide en question.

Une sonde cannelée introduite dans la poche est conduite à la face postérieure du fémur, au-dessous de la bifurcation de la ligne âpre. On ne perçoit pas à ce niveau de crépitation franche.

Le périoste existe encore.

La poche est drainée.

Dans les jours qui suivirent, un liquide séreux, un peu rosé, filant, filtra en abondance au niveau de la plaie. Il était identique au liquide contenu dans la poche le jour de l'incision.

Il se coagule sous l'action de la chaleur et de l'acide azotique.

Il diminue rapidement de quantité et, au bout d'une dizaine de jours, c'est à peine si le pansement en est imbibé; à ce moment, il se trouble et devient purulent.

La cavité se combla rapidement. Toute rougeur et tout œdème avaient disparu dans les jours qui suivirent l'incision. Les mouvements du genou redevinrent vite libres, ne causant plus que peu de gêne.

Le 18 février (treize jours après l'incision de la collection), le malade quitta l'hôpital malgré l'avis contraire qui lui fut donné. La cavité

de la poche était presque complètement comblée et ne donnait plus lieu qu'à une minime suppuration. La marche était à peu près normale, le malade boitait légèrement.

Le 1^{er} avril (six semaines après son départ), le malade revient à l'hôpital; une tuméfaction apparue dans le creux poplité empêche la flexion de la jambe et cause des douleurs continuelles.

L'incision faite deux mois avant n'est pas complètement fermée. Il reste, à la hauteur du condyle externe, une fistulette qui n'a cessé de laisser suinter un liquide albumineux, transparent; depuis quelques jours, il est louche et a l'aspect muco-purulent. Une sonde cannelée introduite dans le trajet ne peut percevoir de point osseux dénudé.

A la partie supérieure du creux poplité existe un gros empâtement. La peau est rosée, œdématisée, gardant l'empreinte du doigt. Fluctuation nette. Ni chaleur, ni douleur locale.

Le fémur présente toujours le même épaissement.

Intervention, le 3 avril, par M. Savariaud.

La collection poplitée est ouverte. Il s'en écoule un liquide d'aspect muco-purulent, très épais. Quantité : 50 grammes environ. La poche est fermée de toutes parts par des parties molles. Nulle part on n'arrive sur un point osseux dénudé, mais au voisinage de la ligne âpre, vers le milieu du fémur, sur un périoste épaissi.

Une sonde cannelée introduite dans la fistulette montre qu'elle ne communique pas avec la cavité précédente; la sonde est conduite vers la branche externe de bifurcation de la ligne âpre. Le trajet en est incisé. On vérifie l'absence de tout point osseux dénudé.

Une longue incision est faite à la partie externe de la cuisse et permet d'arriver sur le fémur épaissi. Le périoste en est épaissi, infiltré, d'aspect gélatineux, dans la région de la ligne âpre. Il paraît normal sur la partie antérieure.

Deux ouvertures sont pratiquées sur le fémur au tiers moyen et au tiers inférieur. Le tissu osseux est le siège d'une condensation évidente. Il n'y a pas de séquestre.

La moelle contient par place des îlots grisâtres, d'aspect fongueux.

Réunion sans drainage.

Un mois après (1^{er} mai), la cicatrisation est presque complète, il n'existe plus de trajet. Les mouvements du genou sont normaux.

Desensemencements furent faits avec les ilots grisâtres médullaires, avec le liquide épais et trouble de la collection poplitée indépendante de la fistulette et avec les bourgeons provenant du râclage à la curette de la poche de cette collection.

Tous cesensemencements furent négatifs.

Le pus de l'abcès poplité renfermait presque exclusivement des polynucléaires éosinophiles en état de désintégration. Aucun microbe ne se voyait sur les lamelles.

1 cc. environ de ce pus fut injecté dans le péritoine d'un cobaye, sans aucun résultat ultérieur.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. le Dr SAVARIAUD (Thèse BOURLOT).

Périostite albumineuse du fémur.

X..., 13 ans, m'est présenté au mois de juin 1901, par mon ami le docteur Boyer, de Branne (Gironde).

Depuis deux mois environ, cet enfant, dont le père est mort de tuberculose pulmonaire, se plaint de la cuisse droite. Petit à petit, le membre a augmenté de volume en même temps que se produisait un certain mouvement fébrile. Actuellement, la cuisse est doublée de volume dans sa moitié inférieure. La peau est rosée, chaude, sillonnée d'un réseau bleuâtre. Ganglions assez volumineux dans le pli de l'aîne. Fémur très augmenté de volume dans sa moitié inférieure et sensible à la pression. On sent sur le bord interne de la cuisse une stalactite osseuse. Le genou est gêné dans la flexion qui ne dépasse pas l'angle droit, mais les mouvements se font sans douleur. L'enfant marche presque sans boiter, et à part un peu d'épanchement, l'articulation paraît indemne.

Dans le creux poplité existe une tuméfaction considérable présentant les mêmes caractères inflammatoires que celle de la cuisse. Les parties molles sont de consistance lardacée, mais la fluctuation révèle à la cuisse et au creux poplité un épanchement volumineux.

Malgré les antécédents tuberculeux qui faisaient craindre à mon

confrère une affection de nature bacillaire, je porte sans hésitation le diagnostic d'ostéomyélite subaiguë du fémur avec abcès crural et poplité.

Le 25 juin, longue incision sur la face interne de la cuisse jusqu'à la collection. Hémorragie abondante. A mon grand étonnement, au lieu de pus, il s'écoule un demi-litre environ de liquide rosé, filant, incolore, ressemblant absolument à du sirop ou à du blanc d'œuf délayé.

La collection siège entre le périoste, qui est dénudé dans tout le tiers inférieur du fémur et l'os qui est blanc, dont les canaux de Havers dessinent un petit piqueté rougeâtre.

Le décollement s'étend jusqu'au voisinage de l'articulation. Trépanation du fémur en deux endroits. Par les orifices de trépanation il ne s'écoule pas de pus, mais du sang. J'espère que le périoste se recollera et je suture aux trois quarts mon incision qui ne mesure pas moins de 15 centimètres. Contre-ouverture de 6 à 7 centimètres dans le creux poplité.

Le soir même, élévation de température. Douleurs vives, suintement très abondant à travers le pansement. Dès le troisième jour, il est évident que le foyer est en pleine suppuration. Après une période aiguë, celle-ci diminue, mais reste encore abondante.

De plus, l'os ne se recouvre pas de boutons charnus, mais reste blanc mat. Au bout d'un mois, espérant abréger la durée de la suppuration, j'incise à nouveau la cuisse, cette fois sur la face antéro-externe, et j'enlève, non sans difficulté, la plus grande partie du tiers inférieur du fémur qui est séquestré. La couche d'os nouveau qui l'engaine aux trois quarts est soigneusement conservée et forme attelle.

Tamponnement de la plaie. Les suites ont été excellentes, la suppuration a diminué beaucoup et la plaie s'est rapidement cicatrisée en même temps que l'état général redevenait excellent.

Néanmoins, il est toujours resté une fistule par laquelle sortent de temps en temps de petits séquestrés (sept en deux ans).

Actuellement (avril 1903), deux ans après l'opération, le sujet est en très bon état, il marche bien, boîte à peine. Le fémur droit n'est pas beaucoup plus gros que l'autre, et néanmoins la flexion du

genou reste limitée à l'angle droit et deux orifices fistuleux persistent, l'un au-dessus du condyle interne résultant d'un abcès qui s'est ouvert spontanément, l'autre un peu plus haut, à la partie inférieure de la première cicatrice. Ces orifices sécrètent très peu actuellement et le sujet ne souffre nullement.

Il serait évidemment indiqué de procéder à un nouveau grattage, mais la mère de l'enfant se tient pour satisfaite et je n'ai pas beaucoup insisté pour la faire changer d'avis. Le petit malade devra donc compter sur le temps pour voir tarir peu à peu ses fistules.

OBSERVATION VI

DELORE et PÉHU, in *Gazette des hôpitaux*, 1898.

Périostite albumineuse du fémur gauche. Incision. Guérison.

J. V..., 16 ans, tuilier, entré, le 6 juin 1898, à Saint-Philippe. Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels, sauf un furoncle que le malade avait présenté avant la maladie actuelle.

Début de l'affection il y a trois mois et demi, par une douleur ressentie au niveau de la partie inférieure de la cuisse gauche, au-dessus de l'articulation. Quelques douleurs articulaires vagues dans les chevilles, d'une durée assez courte.

Il dut interrompre son travail et s'aliter. Entré à l'Hôpital de Roanne, où l'on appliqua de la pommade mercurielle, les douleurs continuèrent. Peu après, elles reprirent, et le malade fut envoyé à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

A l'entrée, mauvais état général. Teint pâle. Tuméfaction au niveau de la partie inférieure de la cuisse. On observe à ce niveau de la fluctuation. Peau rouge et tendue.

L'articulation est indemne. Les mouvements y sont normaux. Pas d'augmentation de volume des culs-de-sac de la synoviale.

Engorgement ganglionnaire de l'aîne gauche. Une recherche minutieuse ne fait pas découvrir d'autres points sur le squelette.

Sur les conseils de M. Poncet, M. Delore fait une intervention donnant issue à un demi-litre de liquide séro-albumineux contenu

dans une poche avec diverticules, tapissée de fongosités œdémateuses.

La collection s'étend en haut jusqu'à mi-cuisse, en bas jusqu'au creux poplité.

Incision à la partie externe de l'os. Périoste épais de 3 à 4 centimètres, œdématisé et blanchâtre. Incision du périoste.

Immédiatement au-dessous, au niveau de la région juxta-épiphysaire, se trouve une collection ayant les mêmes caractères que la précédente et faisant le tour de l'os. Os rougeâtre par la trépanation, vascularisé et enflammé sur une étendue correspondant à l'inflammation externe périostique. Il y a au-dessous une limite nette où la moelle redevient normale.

Appareil plâtré.

Les suites opératoires sont excellentes. Le 1^{er} juillet, le malade quitte le service, amélioré. Les plaies sont en bonne voie de cicatrisation et bourgeonnent activement.

OBSERVATION VII

JAKSCH, *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1890, n° 49.

Périostite albumineuse du tibia. Incision. Guérison.

Soldat, 24 ans.

Entre à l'hôpital au milieu de décembre 1889.

Plusieurs semaines avant, il était tombé malade. Abattement, fièvre, frissons légers.

A la suite de cela, il éprouva des douleurs dans le tiers supérieur du tibia droit qui durèrent cinq à six jours. La région resta sensible, puis une tuméfaction s'y forma.

A l'arrivée, le malade a l'aspect fatigué, pas de fièvre. A la partie interne du tiers supérieur du tibia. tuméfaction mal limitée, fluctuante, peu douloureuse. Périoste épaissi autour.

Peau mobile sur la tumeur, normale d'aspect.

La marche est possible et n'éveille aucune douleur. La course, le saut, éveillent seuls un vague endolorissement.

Ponction exploratrice. Elle ramène un liquide transparent, clair, un peu visqueux, se mêlant à l'eau distillée en toutes proportions.

Il coagule par la chaleur; le précipité se redissout dans l'acide azotique, non dans l'acide acétique.

A l'examen microscopique, quelques rares globules blancs.

La recherche du bacille de Koch est négative.

Les cultures sur agar-agar et gélatine donnent du staphylocoque doré.

Intervention à la fin de décembre 1889.

On tombe sur un périoste épaissi; son incision laisse écouler quelques gouttes d'un liquide identique à celui qu'avait ramené la ponction. Le périoste est décollé du tibia. La collection est tapissée d'une couche de granulations qui sont curettées.

Deux petits séquestres minces, longs de 1 centimètre, en forme d'éclats, nécrosés, s'échappent de la face antérieure du tibia.

Suites normales. Il reste localement un épaississement douloureux sans collection nouvelle.

OBSERVATION VIII

LEGIEHN, *Inaugural Dissertation Kœnigsberg*, 1890.

Périostite albumineuse du fémur. Incision. Guérison.

Jeune homme, 14 ans. Pas d'hérédité.

Début, il y a deux mois, par de la fièvre et des douleurs dans le genou droit. Bientôt, la partie inférieure de la cuisse droite se tuméfie.

Peau œdématiée. Le fémur, difficile à percevoir, est très douloureux.

Épanchement dans le genou.

On traite le malade par des enveloppements humides. La fièvre augmente.

Incision : Liquide albumineux. Fémur dépouillé de périoste dans une grande étendue, râpeux.

Les cultures donnent du staphylocoque doré à l'état de pureté.

Le malade resta fébrile pendant deux mois consécutifs.

Trois mois après l'intervention, expulsion d'un séquestré de 10 centimètres.

Un mois après, le malade est renvoyé. Il n'a plus que deux fistules sécrétant un peu. On ne peut percevoir d'os dénudé.

OBSERVATION IX

NICAISE, *Revue de médecine et de chirurgie*, 1879, p. 609 et 781.

Périostite traumatique avec épanchement séro-sanguinolent.

B..., 48 ans, journalier, entre, le 25 septembre 1887, à l'hôpital temporaire.

Le 18 septembre, le malade a reçu un coup sur la face interne du tibia vers le tiers inférieur de cet os. Inflammation consécutive, gonflement, fluctuation constatée le jour de l'entrée du malade. Une incision donne issue à de la sérosité. Comme la première fois, on a constaté la dénudation du tibia.

OBSERVATION X

SCHLANGUE (Thèse BOURLOT).

Ostéite albumineuse du fémur. Extirpation de la poche. Guérison.

Homme de 34 ans, bien portant jusque-là. Il y a cinq ans, soignant, il remarqua, pour la première fois, après de courtes douleurs qualifiées rhumatismales, une tuméfaction siégeant à un travers de main au-dessus du genou, à la région antéro-interne de la cuisse droite et qui s'accrut lentement.

Il y a un an, le malade ressentit des douleurs et la tuméfaction s'accrut brusquement, gagna les faces antérieures et internes de la cuisse.

La mobilité de l'articulation du genou diminuait toujours.

A l'arrivée du malade, vigoureux, mais anémié, on remarquait à

la face antéro-interne de la cuisse droite une tumeur assez résistante, fluctuante, commençant à un travers de main au-dessus du genou, sous-musculaire.

Cette tuméfaction était grosse comme le poing, s'étendait à la face externe et n'était pas exactement délimitable à sa périphérie. Pas de mobilité sur le fémur. Pas de communication avec l'articulation.

Sensibilité minime à la pression.

Pas de fièvre.

La ponction exploratrice ramène un liquide séreux, rosé, renfermant des globules rouges et des globules blancs.

Le diagnostic probable est cysto-sarcome profond. Le sac est fendu par une incision externe.

La paroi de la cavité est remarquablement résistante, épaisse de 3 centimètres environ. L'intérieur du sac forme une grande cavité renfermant plusieurs culs-de-sac.

Celle-ci est remplie par 200 grammes d'un liquide séreux, teinté en rose et dans lequel nage librement un séquestre épais, long de 4 centimètres, râpeux, couvert de quelques granulations. Le fémur au fond de la poche, libre dans ses faces antérieures et internes, est recouvert de son périoste un peu épaissi.

En un point, une cavité conduit dans le canal médullaire. A ce niveau, trépanation.

Il n'existe pas de séquestre dans la moelle, mais un îlot de granulations brun sombre.

Pas de pus.

La paroi de la poche est extirpée ; drainage.

L'examen de la poche montra un tissu pauvre en cellules, fibreux, tapissé intérieurement par une couche de granulations.

Le liquide est riche en albumine. Il renferme des globules blancs et rouges, des gouttelettes graisseuses et des cellules géantes, isolées.

Les cultures faites avec les granulations ne donnèrent aucun résultat.

La guérison complète survint rapidement.

OBSERVATION XI

RIEDINGER, *Festschrift für Kœlliker*, 1887.

Périostite albumineuse du tibia. Incision. Guérison.

Homme, 54 ans, aucune tare héréditaire. Tuméfaction fluctuante de la grosseur d'un œuf de poule à l'extrémité inférieure du tibia gauche. Pas de douleur à la pression. Peau normale.

La tuméfaction s'est développée en un an et demi, sans douleur.

A la ponction, liquide albumineux renfermant quelques globules blancs.

Incision : La collection est sous-périostée. Le périoste est épaissi.

Quelques mois après, la tuméfaction se referma. Le contenu était fluide, jaune et se prenait en masse par le refroidissement.

L'analyse chimique montra les plus grandes analogies avec la synovie. Grande richesse en mucine.

A l'examen bactériologique, aucun résultat.

Quatre semaines après, une nouvelle collection, douloureuse cette fois, se reforma. Elle fut incisée.

Bientôt après, nouvelle reproduction suivie d'une disparition spontanée.

Les néoformations osseuses étaient faciles à sentir sous une peau adhérente.

CONCLUSION

L'ostéopériostite albumineuse est une ostéomyélite atténuée.

Elle a sa place dans le cadre des ostéomyélites pour plusieurs raisons; elle se développe le plus souvent chez des sujets en voie de croissance.

Elle a les mêmes localisations prédominantes : régions juxta-épiphysaires les plus fertiles, le fémur étant de beaucoup le plus souvent intéressé.

Elle reconnaît le même agent pathogène : le staphylocoque, mais atténué dans sa virulence.

Elle se développe dans les mêmes conditions étiologiques (rôle du traumatisme, du froid).

Mais c'est une ostéomyélite atténuée, car souvent le liquide est stérile, les lésions osseuses n'existent pas ou sont légères (l'infection est limitée au périoste, soit au-dessous, soit au-dessus de lui), et surtout les phénomènes généraux, parfois graves au début, ne durent pas, font souvent complètement défaut, et le pronostic est relativement bon.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

Le Président,
D^r PRINCETEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 11 juillet 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- PONCET. — De la périostite albumineuse. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1874, n° 9, p. 133 et 179.
- DUPLAY (Simon). — Traité de chirurgie, t. II, 1847.
- De la périostite externe et des abcès sous-périostiques. Communication au Congrès de Genève, 1877.
- NICAISE. — *Revue de médecine et de chirurgie*, 1878, p. 822.
- ALBERT. — Ein Fall von Periostitis albuminosa. In *Weiner medizinische Blätter*, 1878, n° 38.
- ROSENBACH. — Ostéomyélite fälle mit usenig intensivem Krankheitsverlauf. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1878, Bd. X.
- TERRIER. — Sur la périostite albumineuse. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, séance du 10 avril 1878.
- NICAISE. — De l'ostéopériostite albumineuse. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1879.
- DUPLAY. — *Archives générales de médecine*, 1880, p. 728.
- ALBERT-HEYDENREICH. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Paris, 1882.
- CATUFFE. — Thèse de Paris, 1883.
- OLLIER. — Périostite albumineuse. In *Encyclopédie internationale de chirurgie*, Paris, 1885, t. IV, p. 270.
- RIEDINGER. — *Festschrift für Kölliker*, 1887.
- SCHLANGUE. — Die sogenannte Periostitis und Ostitis albuminosa. *Archiv für Klinische chirurgie*, 1887, Bd. XXXVI, p. 97.
- STRASMAN et STREEKER. — *Zeitschrift für medicin Beamte*, 1888.
- UNNA et TOMMASOLI. — *Monatshefte für praktische Dermatologie*, Bd. X.

- PONCET. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1888, p. 243.
- JAKSCH. — Zur Lehre von der Periostitis aluminosa. *Wiener medizinische Wochenschrift.*, 1890, n° 49.
- LEGIENHN. — *Inaugural Dissertation*, Königsberg, 1890.
- BERG. — *Nordisk medicinsk Arkiv*, 1892, n° 4.
- DOR. — *Lyon médical*, 1892; VII^e Congrès de chirurgie, 9 avril 1893.
- SCHÜLLER (Max). — *Berliner Klinische Wochenschrift.*, 1893, n° 36, p. 865.
- PONCET. — *Lyon médical*, février 1894.
- BAR. — Thèse de Lyon, 1894.
- SLCESVIJK. — *Inaugural Dissertation*, Iéna, 1894.
- GANGOLPHE. — Maladies infectieuses et parasitaires des os, 1894.
- DOR. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1895.
- CARRÉ. — Ueber besondere Formen und Folgezustände der acuten infectiösen Osteomyelitis. *Beitrage zur Klinische chirurgie*, 1893, Heft II, p. 240.
- DELORE et PÉHU. — *Lyon médical*, 1898.
- RONDOT. — Thèse de Lyon, 1903.
- BOURLLOT. — Thèse de Paris, 1903.
- HOUGONNENG. — Recherches sur le liquide de la périostite albumineuse. *Revue de chirurgie*, 1894.

